Aus dem Zahnärztlichen Universitäts-Institut „Carolinum"
zu Frankfurt a. M.
Direktor: Professor Dr. Kühn

Der Zahnarzt als Gutachter in der reichsgesetzlichen Unfallversicherung

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG
DER ZAHNÄRZTLICHEN DOKTORWÜRDE

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER JOHANN WOLFGANG GOETHE-UNIVERSITÄT
ZU FRANKFURT AM MAIN

vorgelegt von

Willi Scheu
aus Karlsruhe i. Baden

1936

Dissertations-Druckerei F. W. Kalbfleisch in Gelnhausen.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Frankfurt a. M.

Referent: Professor Dr. Kühn.

Dekan: Professor Dr. Gännslen.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547418_0109

Gegen Ende des Jahres 1934 erschien im Verlage der Reichsdruckerei Berlin eine Festschrift des Reichsversicherungsamtes: „50 Jahre Reichsversicherungsamt 1884—1934". In dieser Schrift wurden über die seitherige Entwicklung der deutschen Sozialversicherung im ersten halben Jahrhundert ihres Bestehens bemerkenswerte Aufschlüsse gegeben.

Die vorliegende Arbeit soll deshalb einen kurzen Rückblick auf das in 5 Jahrzehnten auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung Erreichte werfen, sie soll zeigen, wie die Verhältnisse heute für den Zahnarzt als Mitarbeiter in der reichsgesetzlichen Unfallversicherung liegen, nachdem die neue Reichsregierung unter der zielbewußten Führung des Volkskanzlers Adolf Hitler durch das Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 den festen Willen bekundet hat, ein neues, einheitliches, übersichtliches und volkstümliches Versicherungsrecht zu schaffen.

Bis zum völligen Umbau der Sozialversicherung wird jedoch noch eine längere Zeit vergehen. Deshalb sollen für die Uebergangszeit in der vorliegenden Arbeit in kurzgedrängter Form zunächst die bis jetzt ergangenen Verordnungen unter Hinweis auf ihre Druckstellen zusammengetragen werden. Es soll ein kleines Nachschlagewerk geschaffen werden, in dem alle Bestimmungen und Verordnungen zu finden sind, die Beruf und Arbeitsgebiet des Zahnarztes angehen. Ich bin mir dabei wohl bewußt, kein Rechtskommentar aufgestellt zu haben, das der kritischen Prüfung des Verwaltungsjuristen Stand halten könnte. Es sollen diese Verordnungen auch lediglich der Vollständigkeit der Arbeit dienen.

Im Anschluß an die Zusammenstellung der Verordnungen und Erlasse der Reichsregierung wird eingehend

die Tätigkeit des Zahnarztes als Gutachter

in der reichsgesetzlichen Unfallversicherung behandelt. Zum Schlusse der Arbeit wird die Stellung des Zahnarztes bei der Beurteilung der Berufskrankheiten erörtert.

Nach § 3 der Reichsversicherungsordnung (RVO) sind für die Unfallversicherung die Berufsgenossenschaften Träger der Versicherung. Die Berufsgenossenschaften gelten als Selbstverwaltungskörper, die der dauernden Aufsicht des Reichsversicherungsamts unterstehen.

Im ursprünglichen Gedanken war es Ziel und Zweck, die Haftpflicht des Unternehmers durch Zusammenschluß in Berufsgenossenschaften auf breiteren Boden zu stellen. Diesem Grundgedanken begegnet man fortwährend in den gesetzlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Es ist jedoch ebenso klar festzustellen, daß er durch die dauernden Verbesserungen und den damit verbundenen weitergehenden Ausbau der Sozialversicherung häufig durchbrochen ist.

Es ist von Bedeutung, zu wissen,

wer zu dem Kreis der versicherten Personen gehört.

§ 544 der Reichsversicherungsordnung besagt:
„Gegen Unfälle bei Betrieben oder Tätigkeiten, die nach §§ 537—542 der Versicherung unterliegen (Betriebsunfälle) sind versichert:
1. Arbeiter, Gehilfen, Lehrlinge,
2. Angestellte,
wenn sie in diesen Betrieben beschäftigt sind".

Bemerkenswert ist die Tatsache, daß also außer den Arbeitern, wozu auch Volontäre und Werkstudenten gehören, alle Angestellten, wie Direktoren, Geschäftsführer, Prokuristen usw. versichert sind. Die Höhe der Versicherungssumme richtet sich nach dem Einkommen, wobei allerdings vom Reichsversicherungsamt der Jahresarbeitsverdienst im Höchstfalle mit RM. 8.400.— angenommen ist.

Ein weiteres Gesetz vom 20. 12. 1928 zeigt eine Aendeung und Vervollkommnung dahingehend, daß auch kaufmännische Angestellte eines Betriebes versicherungspflichtig sind, sofern sich der kaufmännische Betrieb und der eigentliche Betrieb in *engem örtlichen* Zusammenhang befinden.

Der § 545 der R.V.O. umfaßt den weiteren Begriff:

Weg nach und von der Arbeitsstätte.

Er lautet: „Als Beschäftigung in einem der Versicherung unterliegendem Betrieb gilt der mit der Beschäftigung in diesem Betrieb zusammenhängende Weg nach und von der Arbeitsstätte".

Es ist *nicht* die Aufgabe des Gutachters, festzustellen, ob der Weg im Falle eines Schadens mit dem Betrieb im Zusammenhang steht. Diese Entscheidung steht einzig und allein der Berufsgenossenschaft bezw. einer ihrer Instanzen zu, weil sie im allgemeinen rein rechtlicher Natur ist. Es gibt Ausnahmefälle, in denen allerdings die Kenntnis der Rechtsprechung für den Arzt einen gewissen Unterstützungsfaktor bei der Begutachtung darstellt. Es ist in diesen Fällen ratsam, in die Anamnese diesen Punkt einzubeziehen und damit zur Klärung der Sache beizutragen. Mit Rücksicht auf die äußerste Seltenheit dieser Fälle brauche ich nicht auf die weiteren Anhangsbestimmungen, die sich im Wesentlichen mit der Frage befassen: Ist Ort und Zeit mit dem Wegunfall im Sinne der RVO. in Zusammenhang zu bringen, einzugehen.

Was ist nun eigentlich ein Unfall im Sinne des Gesetzes?

Nach Auslegung in der Literatur ist der Betriebsunfall ein *plötzlich, zeitlich begrenztes Ereignis, welches eine körperliche Schädigung nach sich zieht.*

Nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts, der obersten Spruchbehörde, ist der Begriff „plötzlich" in weiterem Sinne aufzufassen. So ist z. B. eine Schädigung, die *innerhalb einer Arbeitsschicht* zustande gekommen ist, noch als Unfall im Sinne des Gesetzes auf-

zufassen. Wird der Zeitraum von einer Arbeitsschicht überschritten, so liegt eine Berufserkrankung vor, die nach der Verordnung über Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung ihre Regelung findet.

Nachfolgend einen Artikel aus der Rek.-Entscheidung des RVA. vom 24. 11. 23, Breithaupt 1925, der mit Deutlichkeit wiedergibt, daß ein Unfall im Sinne des Gesetzes ein recht weitgehender Begriff ist.

„Nach der ständigen Rechtsprechung des RVA. (vergl. Handbuch der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. 1 S. 69) erfordert der Begriff des Unfalls, daß die Schädigung der Gesundheit auf ein plötzliches, d. h. zeitlich bestimmbares, in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis zurückzuführen ist. Es ist nicht notwendig, daß ein geradezu augenblickliches Geschehnis vorliegt. Es genügt, daß die Schädigung innerhalb einer durch wesentliche Pausen nicht unterbrochenen Arbeitsschicht erfolgt. Demnach ist das Moment der Plötzlichkeit noch erfüllt, wenn eine mehrere Stunden dauernde Einwirkung einen schädigenden Einfluß auf den Körper gehabt hat. Das RVA. hat demgemäß in zahlreichen Fällen ausgesprochen, daß Gesundheitsschädigungen durch Witterungseinflüsse Unfälle darstellen können. Insbesondere sind mehrfach Erkrankungen infolge von Erkältungen bei der Betriebstätigkeit als Betriebsunfälle angesehen worden".

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Erkrankung und Unfallereignis muß selbstverständlich in erster Linie erbracht sein.

Nur die rein medizinische Seite bei der Beurteilung des Zusammenhangs ist Aufgabe des Gutachters. Wiederum ist für die rechtliche Beurteilung des Falles die Berufsgenossenschaft zuständig. Wenn auch von beiden Parteien angestrebt werden soll, sich ledigich in ihrem zuständigen Gebiet zu betätigen, so wird es auch vereinzelte Fälle geben, wo natürlich Arzt bezw. Gutachter *und* Berufsgenossenschaft gemeinsam zur Klärung der Sachlage beitragen müssen.

Lt. vieler Entcheidungen des Reichsversicherungsamts sind grundsätzlich alle Schädigungen, die ursächlich mit einem Betrieb und mit den Betriebseinrichtungen, mit der Verwahrung, Beförderung, Instandsetzung und Erneuerung des Arbeitsgerätes usw. zusammenhängen, ohne Weiteres als Unfall anzuerkennen. Interessant ist die Tatsache, daß sogar Gefahren des täglichen Lebens als Unfälle anerkannt werden. Maßgebend für die Entscheidung ist hierbei nicht, ob der Unfall auch außerhalb des Betriebes hätte erfolgen können, sondern ob er dem Versicherten *in gleicher Art und zur selben Zeit* mit Wahrscheinlichkeit zugestoßen wäre.

Eine andere Entscheidung des Reichsversicherungsamts (v. 30. 8. 25, 1a 1417/28, Bg. 1927) behandelt den Fall, daß ein bereits bestehendes Leiden durch einen Unfall eine Verschlimmerung erfahren hat, die schließlich den Tod zur Folge hatte. Selbst hier wurde nach Feststellung des Zusammenhangs der Tod als *mittelbare* Ursache mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht und die entsprechende Entschädigung an die Familie gezahlt.

Zusammenfassend ist also Folgendes für die Annahme eines Betriebsunfalles als Voraussetzung anzusehen:

1. **Der Unfall muß mit dem Betriebe und dessen Gefahren in ursächlichem Zusammenhang stehen.**
2. **Das Unfallereignis muß die Ursache der Körperschädigung oder der Gesundheitsstörung sein.**

Grundsätzlich ist zu bemerken, daß ein versicherter Unfall nicht unbedingt ein betriebsfremdes Ereignis zu sein braucht.

Auch eine dauernde Schädigung, die durch eine bestimmte Arbeit hervorgerufen wird, kann unter gewissen Bedingungen als Unfall gelten.

Diese Art der Schädigungen werden als **Berufs-Krankheiten** gewertet und ebenfalls wie Unfälle entschädigt. Welche Berufskrankheiten in Frage kommen, wird gemäß § 547 der Reichsversicherungsordnung durch Verordnung der Reichsregierung bestimmt. Der Kreis der zu entschädigenden Berufskrankheiten ist noch ein kleiner, erfährt aber mit dem Ausbau der Sozialversicherung eine fortwährende Vergrößerung. Die Aufnahme der Berufskrankheiten erfolgte in der Kriegszeit durch häufige Schäden, verursacht durch Nitroverbindungen und Kampfgasstoffe. Der Kreis wurde erweitert durch Gesetz vom 12. 5. 25 und 11. 2. 29.

Bis heute sind folgende Krankheiten als Berufskrankheiten und somit als Unfall anerkannt:

1. Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen
2. Erkrankungen durch Phosphor
3. Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen
4. Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen
5. Erkrankungen durch Manganverbindungen
6. Erkrankungen durch Benzol und die Homologen
7. Erkrankungen durch Nitro- und Amidoverbindungen
8. Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff
9. Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff
10. Erkrankungen durch Kohlenoxyd
11. Erkrankungen durch strahlende Energie
12. Erkrankungen durch Galvanisierungsarbeiten (Chronische und chronisch recidivierende Hautkrankheiten)
13. Chronische und chronisch recidivierende Hauterkrankungen durch exotische Holzarten
14. Chronische und chronisch recidivierende Hauterkrankungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthracen, Pech und verwandte Stoffe
15. Erkrankungen der Muskeln, Knochen und Gelenke durch Arbeiten mit Preßluftwerkzeugen.

Weitere 9 Berufskrankheiten werden ebenfalls entschädigt. Es müssen jedoch hierbei noch weitere Gesichtspunkte in Erwägung gezogen werden, deren ausführliche Behandlung zu weit führen würde, da sie in der zahnärztlichen Beurteilung keine Rolle spielen.

Es ist Pflicht des behandelnden Arztes oder Zahnarztes, umgehend dem zuständigen Versicherungsamt die Erkrankung, die unter das Kapitel Berufserkrankung gehört, mitzuteilen. Die Anzeige hat nicht zu erfolgen, wenn lediglich gutachtliche Tätigkeit ausgeübt wird.

Bevor ich auf die Form des zahnärztlichen Gutachtens eingehe, sei es mir gestattet, auf die

Pflichten und Rechte der Berufsgenossenschaft

dem Verletzten gegenüber einzugehen.

Die Berufsgenossenschaft hat zu gewähren:

1. Krankenbehandlung
2. Pflege
3. Berufsfürsorge
4. Eine Rente
5. Versorgung der Familie bei Todesfall (unter bestimmten Voraussetzungen).

1. Krankenbehandlung.

Der Versicherte hat Anspruch auf ärztliche Behandlung. Die erforderlichen Arzneien und anderen Hilfsmittel, wie Körperersatzstücke, Prothesen und dergl. sind von der Berufsgenossenschaft zu bewilligen, wenn durch sie der Erfolg der Heilbehandlung begünstigt wird oder das Leiden des Verletzten hierdurch eine Milderung erfährt.

Die speziellen Hilfsmittel, die die Berufsgenossenschaft bei der Gewährung von *Zahnersatz* bewilligt, werden am Schlusse der allgemeinen berufsgenossenschaftlichen Richtlinien ausführlich behandelt.

2. Pflege.

Ist ein Unfallverletzter so schwer beschädigt, daß er durch seine Hilflosigkeit einen Pfleger, eine Krankenschwester oder eine Hauspflege benötigt, so muß ebenfalls die Berufsgenossenschaft die entstehenden Kosten tragen.

Die näheren Bestimmungen über Gewährung von Blindenhunden, Fahrstühlen usw. würden hier zu weit führen.

3. Berufsfürsorge.

Die Berufsgenossenschaft hat ein beträchtliches Interesse daran, den Unfallverletzten seiner Arbeit wieder zuzuführen. Sie trägt Sorge dafür, daß der Verletzte, wenn möglich in seinem Arbeitsgebiet, wieder unterkommt. Ist die Verletzung jedoch derart gewesen, daß die Ausübung des gelernten Berufes nicht mehr möglich ist, ein anderer Beruf aber ohne Behinderung durch die Unfallfolgen ausgeübt werden kann, so trägt sie dazu bei, den Verletzten einem anderen Berufe zuzuführen und nötigenfalls die Kosten zur Erlernung desselben zu tragen.

4. Eine Rente.

Die Höhe einer Rente richtet sich nach dem Jahresarbeitsverdienst. Es ist deshalb erklärlich, daß sich die Leistungen der Berufsgenossenschaft in erster Linie nach den Löhnen, die gezahlt werden, richten, denn

auch nach der Lohnsumme, die von einem Betrieb gezahlt wird, richten sich unter Einbeziehung anderer Faktoren, wie Gefahrzone etc., die Beiträge zur Berufsgenossenschaft.

Aus der Reichsversicherungsordnung § 122 ist zu ersehen, daß die Behandlung und Begutachtung Unfallverletzter von approbierten Aerzten bezw. Zahnärzten zu erfolgen hat.

Auch die Festsetzung einer Rente liegt gewissermaßen in Händen des Arztes bezw. Zahnarztes. Im Laufe der Zeit haben sich gewisse Rentensätze als zweckmäßig erwiesen, obwohl eine mechanische Festsetzung einer Rente im Allgemeinen nicht am Platze ist.

Wir unterscheiden zwei große Rentengruppen:

1. Die v o r l ä u f i g e Rente
2. Die D a u e r r e n t e.

ad 1) Die vorläufige Rente wird nach Abschluß der Heilbehandlung unter genauester Berücksichtigung des betr. Gutachtens festgesetzt und meist innerhalb der ersten 2 Jahre unverändert gezahlt,

ad 2) Nach diesem Zeitpunkt tritt nach weiterer Untersuchung die Dauerrente in Kraft, die dem Zustand nach 2 Jahren angepaßt ist.

Erfreulicherweise ist in den meisten Fällen eine erhebliche Besserung eingetreten, die die Herabsetzung der Rente ermöglicht. —

Das Reichsversicherungsamt geht in seinen Entscheidungen soweit, daß auch die Gewöhnung an einen Zustand, z. B. an das Tragen einer Prothese, mit einer geringeren Erwerbsunfähigkeit verbunden sein kann, wodurch die Rente eine Kürzung erfährt.

Bei einer Verschlimmerung des Zustandes, die ärztlich bescheinigt wird, erfährt die betr. Rente naturgemäß eine Erhöhung.

Jedem Unfallverletzten steht gegen die Rentenfestsetzung das Mittel der Berufung zur Verfügung.

Die zuständige Instanz, das Versicherungsamt, entscheidet und setzt die Höhe der Rente fest. Die Kosten des Verfahrens trägt die Berufsgenossenschaft.

Bei dieser Gelegenheit halte ich es für angebracht, einmal den Unterschied zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit zu erörtern. Gerade diese beiden Begriffe werden, zumeist bei vollständiger Invalidität, von nichtgeschulten Gutachtern oft verwechselt.

Arbeitsunfähigkeit bedeutet: Unmöglichkeit der Ausübung des *gelernten* Berufs.

Erwerbsunfähigkeit heißt: Unmöglichkeit der Ausübung eines *jeden* Berufs.

Die Berufsgenossenschaft entscheidet bei der Festsetzung einer Rente nicht nach der Arbeitsfähigkeit, sondern nach der Erwerbsunfähigkeit. **Sie richtet sich also nach den Verhältnissen des allgemeinen Arbeitsmarktes.**

Die Festsetzung einer Rente richtet sich in erster Linie nach der Beurteilung, die in dem Gutachten zum Ausdruck kommt. Der Vollständigkeit halber muß deshalb an dieser Stelle das *Kapitel der Operationsduldungspflicht erwähnt werden.* Es ist klar, daß der Erfolg einer Operation für die Rentenfestsetzung von ausschlaggebender Bedeutung ist. Und gerade hier finden wir im Gesetz einen Mangel vor. Die Entscheidungen der obersten Spruchbehörde besagen, **daß zur Duldung einer Operation in Allgemeinnarkose, auch wenn durch die Operation der Zustand eine Besserung erfährt, ein Verletzter nicht gezwungen werden kann.**

Ausgenommen sind kleinere Eingriffe, wie Narbenexcisionen, Iridektomie usw., die unter örtlicher Betäubung vorgenommen werden können. Abgesehen davon, daß die Berufsgenossenschaft zur Weiterzahlung des höheren Rentensatzes verpflichtet ist, ist dem Arzt oft die Möglichkeit der Wiederherstellung nicht gegeben. Es ist hierbei eine erwiesene Tatsache, daß die operationsverweigernden Individuen in den meisten Fällen sogenannte „Rentenjäger" sind, also lieber rentenempfangende Kranke darstellen, als gesunde Körper eines Betriebs.

Eine Weiterstreckung der Operationsduldungspflicht wäre im Sinne der Volksgesundheit sehr am Platze. Bei dem heutigen Stande der Medizin dürften die s. Zt. aufgestellten Bedenken behoben sein.

5. Versorgung der Familie bei Todesfall.

Hier tritt die sogen. Hinterbliebenenrente in Kraft. Sie beträgt für die Witwe bis zur Wiederverheiratung oder ihrem Tode sowie für sämtliche Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahre je $^1/_5$ des Jahresarbeitsverdienstes. Die Gesamtsumme darf jedoch $^2/_3$ des J.A.V. nicht überschreiten. Weitere Abfindungsmaßnahmen und dergl., die rein juristischer Natur sind, interessieren hier nicht.

Ich habe die vorgenannten Dinge, wenn auch kurz, so doch vollzählig gebracht, um dem zahnärztlichen Gutachter die Möglichkeit zu geben, die weitere Entwicklung kennen zu lernen, die sich nach seiner Beurteilung durch das Gutachten seiner Kenntnis verschließt.

Die Berufsgenossenschaft hat Richtlinien aufgestellt, nach denen nach Möglichkeit bei der Gewährung von Zahnersatz zu verfahren ist.

„Aus den berufsgenossenschaftlichen Richtlinien für die Gewährung von Hilfsmitteln".

Zahnersatz:

Zahnersatz ist erforderlich entweder: zur Wiederherstellung *ausreichenden Kauvermögens* und damit geregelter Verdauung, oder *zur Verdeutlichung der Sprache,* oder aus *berechtigten Schönheitsrücksichten.* Im Zweifel ist er jedenfalls dann zu gewähren, wenn andernfalls die *Erwerbsfähigkeit leiden würde.*

I. Begriffsbestimmungen:

a) Kaueinheit:

Der Verlust eines Zahnes (Krone und Wurzel) bedingt den Ausfall der Funktion des Gegenbeißers. Die Bedeutung des Verlustes für die Kaufähigkeit wird demnach nicht dadurch gesteigert, daß auch der Gegenbeißer verloren geht oder fehlt. Man faßt deshalb zweckmäßig den einzelnen Zahn und seinen Gegenbeißer unter den Begriff Kaueinheit zusammen und spricht vom Ausfall einer Kaueinheit, wenn ein Zahn allein oder mit seinem Gegenbeißer fehlt.

b) Frontzahn:

Unter Frontzähnen versteht man die 4 Schneidezähne und die 2 Eckzähne je im Ober- und Unterkiefer.

II. Kauvermögen:

Ob der Verlust einzelner oder mehrerer Kaueinheiten das Kauvermögen erheblich stört, hängt von Sitz und Zahl der Lücken und von der vorherigen Beschaffenheit (bereits vorhandener Lückenhaftigkeit) des Gebisses ab. Im Einzelnen gilt: das Kauvermögen ist erheblich gestört, und die durch den Unfall verloren gegangenen Zähne sind zu ersetzen:

1) bei Verlust von 1 bis 2 Kaueinheiten:

a) wenn einer der durch den Unfall verlorenen Zähne als wichtiger Stützpfeiler für eine Brücke oder Prothese gedient hat oder zur Zeit des Unfalls benötigt wird,

b) wenn dann einschließlich früherer Lücken 3 oder mehr Frontzähne nebeneinander fehlen,

c) wenn dann einschließlich früherer Lücken 4 oder mehr Zähne auf einer Kieferhälfte (rechts oder links aber unter Einschluß von Frontzähnen) fehlen,

d) wenn dann einschließlich früherer Lücken im Bereich des ganzen Kieferbogens (Front und beide Seiten) wenigstens 5 Zähne fehlen.

2) bei Verlust von 3 Kaueinheiten:

a) wenn es 3 Frontzähne sind,

b) wenn dann einschließlich früherer Lücken 4 oder mehr Zähne auf einer Kieferhälfte (rechts oder links aber unter Einschluß von Frontzähnen) fehlen,

c) wenn dann einschließlich früherer Lücken im Bereiche des ganzen Kieferbogens (Front und beide Seiten) wenigstens 5 Zähne fehlen.

3) bei Verlust von 4 Kaueinheiten:

a) wenn sie auf einer Kieferhälfte (rechts oder links aber unter Einschluß von Frontzähnen) liegen,

b) wenn dann einschließlich früherer Lücken 5 Zähne wenigstens fehlen.

4) bei Verlust von 5 oder mehr Kaueinheiten:

Im Allgemeinen sind nur die durch den Unfall verlorengegangenen Zähne zu ersetzen. Sind dies wenigstens 3 Kaueinheiten in der Front, so sind zugleich fehlende Seitenzähne in den Ersatz einzubeziehen, wenn und soweit die Platte dadurch besser zu befestigen ist.

III. Sprache:

Die Sprache wird durch das Fehlen von Zähnen (es kommen hier nur Frontzähne in Frage) nur selten wesentlich gestört. Diese Störung wird im Allgemeinen nur dann praktisch erheblich sein, wenn — bei gewissen Berufen, z. B. Schauspielern, Sängern usw. — dadurch die Erwerbsfähigkit wesentlich vermindert wird. Sie bedingt dann auch die Ersetzung eines einzelnen Frontzahnes.

IV. Schönheitsrücksichten:

Schönheitsrücksichten kommen nur bei Fehlen von Frontzähnen in Frage. Ihr Verlust kann für gewisse Berufe eine wesentliche Herabsetzung der Wettbewerbsfähigkeit und damit der Erwerbsfähigkeit bedeuten, z. B. für Verkäufer und Kellner. Es kommt dann auch die Ersetzung eines einzelnen Frontzahnes in Frage.

V. Erwerbsfähigkeit:

Soweit der Verlust von Zähnen die Erwerbsfähigkeit wesentlich herabsetzt, ist Zahnersatz zu gewähren. Außer den unter II und III behandelten Fällen kommt z. B. auch der Verlust von Frontzähnen für Bläser und Musiker in Frage.

VI. Art des Ersatzes:

1) Ist nicht durch besondere Umstände Brückenersatz geboten, so ist *Plattenersatz* zu gewähren. Er ist immer möglich, wenn der Zahnverlust auf beiden Seiten (rechts und links, mit oder ohne Einschluß von Frontzähnen) verteilt ist, dagegen nicht, wenn es sich um einseitigen Zahnverlust bei sonst lückenloser Zahnreihe handelt.

Liegt nur Frontzahnverlust vor und würde Plattenersatz namentlich im jugendlichen Alter entstellen, so ist Brückenersatz vorzuziehen.

Ein Grenzfall liegt vor, wenn nur auf einer Seite Zähne zu ersetzen sind und infolgedessen auf der anderen Seite die Befestigung nur durch Klammern, nicht durch Zähne geschieht. Zweckmäßig ist dann die Entfernung eines in seiner Erhaltung gefährdeten Zahnes auf der anderen Seite, um die Platte auf beiden Kieferwällen aufsetzen zu können.

2) Brückenersatz:

Brückenersatz ist zu gewähren, wenn Plattenersatz hiernach nicht angebracht ist, jedoch nur bei Unfallverletzten, die eine *tadellose Mundpflege* aufweisen, da sonst die Pfeiler des Brückenersatzes durch Entzündung des Zahnbettes frühzeitig verloren gehen.

Lücken von mehr als 3 Zahnbreiten sollen nicht überbrückt werden, es sei denn, daß eine sichere Befestigung noch durch andere Pfeiler als die die Brücke begrenzenden möglich ist.

Wenn auf beiden Seiten Kaueinheiten fehlen, so genügt zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit bei Brückenersatz, daß die Kaueinheiten auf der Seite ersetzt werden, die den kleineren Zahnverlust aufweist, daß also hier eine geschlossene Zahnreihe hergestellt wird. Jedoch hängt die Wahl der wiederherzustellenden Seite hauptsächlich von der Festigkeit der Pfeiler ab.

Die Notwendigkeit von Brückenersatz muß besonders begründet werden. Der Einwand gegen Plattenersatz, daß Platten Brechreiz hervorrufen, ist unbeachtlich, solange nicht einwandfrei feststeht, daß diese Beschwerde auch bei längerem Tragen des Ersatzes anhält.

3) Ist bei einseitigem Zahnverlust eine Brücke *technisch nicht möglich*, etwa, weil sie nicht ausreichend gestützt sein würde, so kommt eine *kombinierte* oder *gestützte* Prothese in Frage, besonders dann, wenn bei gleichzeitigem Vorliegen von Kieferbrücken oder sonstigen Kieferverletzungen der Druck der Platte auf bestimmte Punkte verlegt werden soll, um die Belastung des Gaumens möglichst herabzusetzen.

4) Material:

Als Material für den Plattenersatz kommt nur Kautschuk oder nicht rostender Stahl in Frage.

Brücken werden zweckmäßig in Gold hergestellt, abnehmbare Brücken in besonders begründeten Fällen kombiniert in Gold und Kautschuk, wobei aus Gold die Befestigungen und aus Kautschuk die Brückenkörper hergestellt werden.

5) Kostenanschlag:

Vor der Erteilung des Auftrags zur Anfertigung von Zahnersatz ist in jedem Falle ein kostenfreier und für die Berufsgenossenschaft unverbindlicher Kostenvoranschlag zu fordern, der nötigenfalls durch einen geeigneten Sachverständigen zu prüfen ist. Ein Vergleich mit den Preisvereinbarungen der Landesversicherungsanstalten und der Krankenkassen ist geeignetenfalls ratsam.

6) Kieferverletzung:

Bei ernsten Kieferverletzungen erfolgt die zahnärztliche Behandlung und Versorgung zweckmäßig in Universitäts-Zahnkliniken oder in besonderen Kieferkliniken.

Wie die von den Berufsgenossenschaften selbst gewählte Ueberschrift des vorgenannten Kapitels besagt, handelt es sich um Richtlinien, die bei der Gewährung von Zahnersatz beachtet werden sollen. Ein strenges Verfahren nach den Buchstaben kann natürlich keine Anwendung finden. Ganz zu vermissen sind in den aufgeführten Richtlinien die Beurteilungen der Bißverhältnisse. Wissen wir doch, daß gerade sie bei der Frage, welcher Ersatz zur Funktionswiederherstellung am geeignetsten ist von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Ich habe Gelegenheit gehabt, anhand großen Aktenmaterials, allerdings ohne Kenntnis der Patienten, zu sehen, daß die Berufsgenossenschaft bei der Gewährung, gerade teuren Ersatzes absolut nicht kleinlich verfahren ist. In fast sämtlichen Fällen von schwereren Kieferverletzungen sind ohne weiteres außer den Kosten, die durch evtl. chirurgische Behandlung erforderlich waren, die Kosten für paradental-Schleimhaut-getragene Prothesen mit komplizierten Kronen- und Klammerarbeiten übernommen worden.

Die Berufsgenossenschaft hat auch gar kein Interesse daran, bezüglich des Esatzes, von übertriebenen Sparmaßnahmen Gebrauch zu machen, sieht sie doch selbst, daß durch die Genehmigung eines guten Ersatzes in vielen Fällen die Erwerbsbeschränkung erheblich vermindert wird und sie durch die einmalige größere Kostenaufwendung auf weite Sicht hinaus vorteilhafter abschneidet. Nicht zu vergessen die Tatsache, daß sie nicht nur materielles Interesse, sondern auch ideelles Interesse an dem Fall hat.

Die oft vertretene Meinung, die Leistungen der Berufsgenossenschaften seien zu gering, kann ich auf Grund des Aktenmaterials nicht befürworten.

Welche gesetzliche Stellung nimmt nun der Arzt bezw. Gutachter in der reichsgesetzlichen Unfallversicherung ein?

Sucht ein Unfallverletzter einen Arzt bezw. Zahnarzt auf, so ist es dessen Pflicht, ihn zu behandeln, und der zuständigen Berufsgenossenschaft umgehend von dem Besuch des Verletzten Mitteilung zu machen. § 1543 d der RVO. besagt dies.

Bei Nichteinhaltung dieser gesetzlichen Vorschrift kann auf dem Rechtswege eine Ordnungsstrafe bis zu RM. 1000.— verhängt werden.

Ferner steht der Berufsgenossenschaft das Recht zu, wenn von dem behandelnden Arzt kein Gutachten ausgestellt worden ist, ihn durch das Versicherungsamt oder das Amtsgericht eidlich vernehmen zu lassen.

Auch hier kann wegen grundloser Verweigerung der Aussage die gleiche Maßnahme verhängt werden. Man könnte hier entgegenhalten, daß der Arzt von seiner Schweigepflicht Gebrauch machen könne. Er kann dies dem Verletzten gegenüber tun, der Berufsgenossenschaft gegenüber ist er aber zur Aussage verpflichtet. Ebenso kann im umgekehrten Fall der Arzt oder Zahnarzt zur Klärung einer Sache eine gerichtliche Anhörung verlangen.

Der Zweck dieser scharfen Bestimmungen, Auskunftspflicht und Anhörung, liegt in der Tatsache begründet, daß der Gesetzgeber den allergrößten Wert auf das zuerst erstattete Gutachten legen muß, weil es begreiflicherweise evtl. Zusammenhangsfragen mit dem Unfall am besten zu klären im Stande ist.

Für den Zahnarzt ergeben sich hieraus des Oefteren Schwierigkeiten, weil er in den meisten Fällen nicht die Person darstellt, die den Verletzten zuerst zu Gesicht bekommt. Fast immer wird der Geschädigte, auch wenn es sich um Arbeitsgebiet des Zahnarztes handelt, den Arzt aufsuchen, der nun den ersten Bericht für die zuständige Berufsgenossenschaft ausstellt. Erst von dieser Stelle aus wird nun zahnärztliche Beurteilung und Behandlung angeregt.

Es ist unumgänglich notwendig, daß diese erste Untersuchung genauestens durchgeführt und schriftlich festgelegt wird. Eine Berichterstattung auf Grund einer neuen, zweiten Untersuchung ist nicht zu empfehlen, da die Gefahr der Verschleierung der Zusammenhangsfrage mit dem Unfall zu groß ist. Professor Liniger †, der auf dem Gebiet der Unfallmedizin eine überaus reiche Erfahrung besaß, hat zusammengestellt, welche Aufzeichnungen unbedingt gemacht werden müssen:

Demnach hat der erste Befund nach Möglichkeit zu enthalten:

1. wann zuerst ein Unfall angegeben wurde und bei welcher Tätigkeit er vorgekommen ist,
2. die Angaben des Verletzten bei der ersten Konsultation,
3. einen genauen ersten Befund,
4. Notiz über äußere Verletzungen,
5. Schilderung dieser Verletzungen und
6. des weiteren Verlaufs.

Es sei an dieser Stelle noch erwähnt, daß dem Verletzten auf Antrag die Abschrift des Gutachtens zur Verfügung steht. Für den Begutachter ist es deshalb ratsam, eine ungünstige Beurteilung des Falles besonders zu kennzeichnen, damit die Berufsgenossenschaft im Interesse des Patienten das Gutachten unter Außerachtlassung dieses Gutachtenteils, sozusagen auszugsweise, wiedergeben kann. Es ist jedenfalls nicht Aufgabe des Gutachters, dem Verletzten eine Befundmitteilung zu machen, sondern allein Aufgabe der Berufsgenossenschaft.

Im folgenden Teil der Arbeit wird dargestellt, was der Zahnarzt von der Abfassung des Gutachtens wissen muß und welche Stellung er als Gutachter dem Verletzten einerseits und der Berufsgenossenschaft andererseits gegenüber einnimmt.

Ausgehend von dem Gedanken, daß das Gutachten eine Urkunde darstellt, weil es als Beweisgrundlage in einem Streitfalle dient, ist die Aufgabe des Arztes dem Kranken gegenüber von seiner Tätigkeit als Gutachter gekennzeichnet. Der Gutachter hat also die Funktion eines Sachverständigen und nicht, wie eine zu große Zahl derselben zeigen, die Aufgabe eines Rechtsanwaltes, sei es zu Gunsten der Berufsgenossenschaft oder des Verletzten. Bei der Abfassung eines Gutachtens neigt man unwillkürlich dazu, eine juristische Entscheidung treffen zu wollen. Die Diskussion solcher Dinge geht über das Aufgabenbereich des Gutachters hinaus, der klare Trennungsstrich zwischen medizinischer und juristischer Entscheidung wird verwischt.

Als oberster Grundsatz bei der Abfassung eines Gutachtens ist strengste Objektivität und absolute Unparteilichkeit notwendig. Sogenannte Gefälligkeitsgutachten darf es nicht geben.

Weiterhin wichtig ist die Kenntnis von *der Form des freien Gutachtens.* Das Gutachten ist im wesentlichen mit einer Krankengeschichte identisch. Neu hinzu kommt die Beurteilung der Schwere des Krankheitsfalles, die in der Folge die Höhe der Rente bestimmt. Da, wie schon vorher erwähnt, größter Wert auf die Zusammenhangsfrage zwischen Unfall und Verletzung gelegt werden muß, ist es begreiflicherweise notwendig, dem Gutachten eine genaue Anamnese, bei Berufskrankheiten sogar eine Familienanamnese vorauszuschicken. Diese Anamnese soll auch bei gewöhnlichen Nachuntersuchungen nicht in Wegfall kommen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß bei öfterem Verhör über den Hergang eines Unfalls von verschiedenen Aerzten verschiedene Vorgeschichten aufgezeichnet wurden, die einen begründeten Verdacht über unwahre Aussagen des Verletzten aufkommen ließen.

Die Angabe, ob ein Verletzter schon eine Rente bezieht oder schon bezogen hat, gehört ebenfalls in die Vorgeschichte. Die Anamnese soll, besonders, wenn es sich um Fragen des ursächlichen Zusammenhangs handelt, unter weitgehender Berücksichtigung der aktenmäßigen Unterlagen und der Angaben des Verletzten aufgestellt werden. Es ist dienlich und zeitsparend, diese Unterlagen mit der betr. Aktenseitenzahl zu erwähnen. Dr. Paul Rostock, Oberarzt der Chirurgischen Universitäts-Klinik in Berlin, sagt, daß man an der Zusammenstellung einer Anamnese die Güte eines Gutachtens beurteilen kann.

In den zweiten Teil der Vorgeschichte gehören die Beschwerden, über die der Verletzte z. Zt. der Untersuchung klagt. Viele Gutachten lassen hierbei zu wünschen übrig. Um ein umfassendes Gutachten abzugeben, ist es erforderlich, auch Beschwerden, die anscheinend mit dem Unfall in keinem Zusammenhang stehen, kurz zu erwähnen. Vielleicht sind diese Angaben bei einer späteren Nachuntersuchung oder durch eine

Untersuchung seitens eines Spezialisten auf einem anderen Gebiete der Medizin von ausschlaggebender Bedeutung.

Während in der Abfassung einer Krankengeschichte wohl die Diagnose die Hauptsache darstellt, ist bei einem Gutachten die genaue Befundangabe das Wesentlichste. Sie beginnt am zweckmäßigsten mit einer ausführlichen Schilderung des Allgemeinzustandes, da dieser für die Beurteilung nicht unwesentlich ist. Es ist selbstverständlich, daß die Beurteilung krankhafter Organe, auch wenn diese nicht durch den Unfall geschädigt sind, mit einbezogen werden muß. In den meisten Fällen bedarf es nur eines Hinweises, daß andere Organe keinen pathologischen Befund aufweisen.

Zur Befundaufnahme hat sich der Gutachter aller moderner Hilfsmittel zu bedienen, die ihm zur Verfügung stehen. Speziell in der Zahnheilkunde ist eine genaue Beurteilung fast immer nur ausschließlich möglich unter Zuhilfenahme der Röntgendiagnostik und des Faradayschen Stromes. Kleine Skizzen oder Lichtbilder sind sehr erwünscht, sagen diese doch oft mehr, als lange Ausführungen, die oft ungewollt das Wichtigste verschleiern und eine scheinbare Genauigkeit darstellen. Mit Zahlenangaben sei man stets vorsichtig. Dieselben haben beispielsweise bei Längenmessungen und dergl. nur dann praktischen Wert, wenn sie das Verhältnis der kranken Seite zur gesunden Seite kennzeichnen. Wie oft liest man gerade in zahnärztlichen Gutachten, daß beispielsweise eine Kieferklemme 2. Grades besteht. Was kann eine Berufsgenossenschaft mit einer an und für sich so wichtigen Zahlenangabe anfangen?

Viel richtiger ist es, den Abstand der beiden Zahnreihen voneinander anzugeben, um damit auch dem nicht speziell Geschulten zu dienen. Die Berufsgenossenschaft hat, um dem Gutachter eine Erleichterung zu schaffen und eine möglichst einheitliche Begutachtung überhaupt durchzuführen sogenannte Mustergutachten herausgegeben. Soviel Gutes dieselben gerade für den Anfänger haben, so viele schlechte Seiten haben sie aufzuweisen. Sie verleiten den Arzt zu einem nicht gewünschten Schematismus und führen oft dazu, Untersuchungen, die in einem Sonderfalle angezeigt sind, zu unterlassen.

Die Diagnose muß auf alle Fälle klar und eindeutig gestellt werden. Es ist nicht angängig, von der Möglichkeit einer Diagnose zu sprechen. In Zweifelsfällen ist die Angabe der evtl. Differenzialdiagnose angebracht. Es läßt sich jedoch in den Gutachten, die den Zahnarzt angehen, fast immer, bei genügender Kenntnis der Sache, eine genaue Diagnose stellen. Wenn diese Diagnose überzeugend begründet werden kann, dient sie in vielen Fällen der Beurteilung der Zusammenhangsfrage. Sehr wichtig ist außerdem noch die Kenntnis folgender Dinge: Es genügt nicht zur Gewährung einer Rente, wenn in einem Gutachten die Möglichkeit zwischen körperlichem Zustand und Unfallereignis diskutiert wird. Es muß vielmehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Frage des ursächlichen Zusammenhangs festgestellt werden. Diese Worte sind feststehende termini technici und

müssen bei Beurteilung der Zusammenhangsfrage gebraucht werden. Erst dann kann der Begutachtung der erforderliche Wert beigemessen werden.

Für die Berufsgenossenschaft ist es von größtem Interesse, über den weiteren Verlauf unterrichtet zu sein. Der Arzt hat also der Berufsgenossenschaft, abgesehen von dringenden Fällen, die keinen Aufschub zulassen, seine Heilvorschläge zu unterbreiten. In der Gewährung geeigneter Heilbehandlung ist die Berufsgenossenschaft erfahrungsgemäß immer großzügig, wenn ein gewisser Dauererfolg in Aussicht gestellt wird. Zahlreiche Unfallkrankenhäuser, z. T. mit modern eingerichteten Kieferstationen, stehen den Verletzten zur Verfügung.

Auf Grund der Summe der Unfallfolgen hat dann die Schätzung der Erwerbsverminderung zu erfolgen. Hierbei ist nicht der Beruf des Verletzten als Grundlage anzusehen, sondern die Verhältnisse des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Es haben sich im Laufe der Zeit gewisse Rentensätze als richtig erwiesen. Einfacher Zahnverlust, der durch eine Prothese ausgeglichen wurde, hat fast immer die Erwerbsfähigkeit unbeeinträchtigt gelassen. Bei leichten Kieferverletzungen war ebenfalls eine so weitgehende Heilung und Wiederherstellung des Verletzten möglich, daß die Erwerbsmöglichkeit keine Einbuße erlitt. Bei schweren und schwersten Kieferverletzungen war eine Rente zwischen 30 und 70% angemessen.

Auf eines muß noch hingewiesen werden:

Zieht sich ein Versicherter eine schwere Kopfverletzung zu, die beispielsweise die Sehkraft, die Hörfähigkeit und die Kaufähigkeit beeinträchtigt, so wird er einer dreimaligen Beurteilung durch die jeweiligen Spezialisten unterzogen. Stellt nun der Augenarzt ein Gutachten aus, in dem die Augenverletzung mit einer Erwerbsverminderung von 50% angegeben wird, besagt das Gutachten des Ohrenspezialisten, daß die Schädigung des Gehörs mit einer Erwerbsverminderung von 30% gleichzusetzen wäre, und erklärt der Zahnarzt, daß die Kieferverletzung eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit von 30% nach sich zöge, so wäre anzunehmen, daß die Gesamtschädigungen 110% betrügen. Dies trifft nicht zu. Eine Summierung der Renten nach diesem Verfahren ist nicht möglich. Eine mehr als 100%ige Rente gibt es nicht. Sie wird in dem vorgenannten Fall auch nicht diese Höhe erreichen.

Bei der Rentenfestsetzung, bezw. bei der Beurteilung des Grades der Erwerbsbeschränkung durch Zahnverlust neigt man leicht zu der Auffassung, daß dieser eine gewisse Identität mit Gliedverlusten darstelle. Dieser Standpunkt ist falsch. Man hat oft versucht, Tabellen aufzustellen, die den Wert der einzelnen Zähne angeben wollen. Auch diese Aufstellungen sind wertlos, ja sogar verfehlt, da sie zu einer Schematisierung führen, die bei der Begutachtung nicht erwünscht ist. Fast niemals liegen 2 Fälle gleichartig. Jeder verlangt individuelle Behandlung und Beurteilung. Höchstens die Bestimmung und tabellarische Festlegung des Kauwertes der einzelnen Zähne könnte man ver-

stehen, niemals aber die prozentuale Errechnung der Erwerbsfähigkeit auf Grund des Verlustes von Zähnen. Mit der Bestimmung des Kauwertes ist aber im wesentlichen auch nicht gedient, weil der Verlust eines bestimmten Grades der Kaukraft niemals den gleichen Grad der Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat, sondern dies wiederum von vielen anderen Faktoren abhängt, die bei jedem Individuum verschieden liegen.

Aus diesen Tatsachen ergibt sich, daß eine möglichst genaue Kenntnis des Gebisses *vor* dem Unfall sehr willkommen ist. Die Berufsgenossenschaft würde gut daran tun, deshalb den Verletzten anzuhalten, seinen früheren Zahnarzt bei einem Unfall aufzusuchen, weil dieser am besten über den Zustand des Gebisses vor und nach dem Unfall urteilen kann. Wenn dies auch in fast allen Fällen nur aus der Kartothek zu ersehen ist, so genügen diese Angaben doch meist, um wenigstens Anhaltspunkte für die Schwere der Verletzung zu geben. Der Beweis für diese Behauptungen liegt darin begründet, daß nicht allein die Zahl der verloren gegangenen Zähne die Schwere der Verletzung bestimmt, sondern viele wesentliche Faktoren, wie:

Wert des Gesamtgebisses vor dem Unfall,

Zähnefestigkeit,

Bißverhältnisse,

Art und Anzahl der Füllungen bezw. Wurzelfüllungen.

Der Verlust tiefkariöser Zähne oder derer mit großen Füllungen ist doch niemals mit dem vollkommen gesunder gleichzusetzen. Ebenfalls ist der Verlust eines Zahnes in geschlossener Zahnreihe verschieden von dem Verlust eines einzeln stehenden Zahnes zu beurteilen.

Auch die Existenz oder Beschaffenheit des Antagonisten ist oft von Bedeutung für den Wert des verloren gegangenen Zahnes.

Nicht minder wichtig ist die Berücksichtigung des Berufs des Verletzten. Folgender Fall mag als Beispiel gelten:

Ein Taglöhner verläßt frühmorgens seine Behausung, um außerhalb seine Arbeit zu verrichten. Er kann über Mittag infolge der großen Wegstrecke nicht zum Essen nach Hause fahren, sondern muß sich selbst verpflegen. Er wird sich in den meisten Fällen nicht die Nahrung bereiten können, die er zu Hause vorfände. Ein solcher Mann ist ohne Zweifel bei Unfallzahnverlust schwerer betroffen, als andere, die unter günstigeren Bedingungen arbeiten können. Er muß auch zur Erhaltung seiner Erwerbsfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt Zahnersatz tragen als andere.

Ein weiterer Fall: Eine Telefonistin verunglückt auf dem Wege zu ihrer Arbeitsstätte und büßt durch diesen Sturz eine Frontzahnkrone ein. Ein Fabrikarbeiter würde hierdurch bezgl. seiner Erwerbsfähigkeit, abgesehen vom kosmetischen Standpunkt, keinen Schaden erleiden, die Telefonistin jedoch kann durch den Verlust nur dieser einen Krone derart am deutlichen Sprechen behindert sein, daß sie vorübergehend erwerbsvermindert ist. Den gleichen Fall könnte man sich bei einer

Verkäuferin oder einem Kellner vorstellen. Nur tritt hier an Stelle des phonetischen Momentes das kosmetische.

Man befleißige sich ebenfalls, den allgemeinen Körperzustand des Verletzten weitgehend zu berücksichtigen. Auf volle Kaukraft angewiesen sind immer Schwerarbeiter, die auf eine gesteigerte Nahrungsaufnahme Wert legen müssen. Ebenso müssen magenkranke und anämische Personen im Besitz ihrer vollen Kaukraft sein, um ihren Zustand nicht zu verschlimmern.

Ueber die Art des Ersatzes soll an dieser Stelle noch einmal ausführlich eingegangen werden. Zwei Richtungen sind von den verschiedensten Autoren des öfteren vertreten worden. Die einen sagen, daß die Berufsgenossenschaft bei Zahnverlust durch Unfall zur Gewährung des bestmöglichsten Ersatzes verpflichtet sei. Sie gehen noch weiter, indem sie befürworten, daß bei Zahnverlust nicht nur die durch den Unfall verloren gegangenen Zähne des Ersatzes bedürfen, sondern sämtliche vorherbestehenden Lücken mit in den Ersatz einbezogen werden sollen. Gleichzeitig müßte eine vollständige Sanierung des Gebisses, sei es chirurgischer oder konservativer Art, vorgenommen werden, um den Höhepunkt der Funktionstüchtigkeit zu erreichen.

Die andere Linie propagiert folgendes:

Nur die durch den Unfall beschädigten oder verlorengegangenen Zähne sind auf Kosten der Berufsgenossenschaft in der Ausführung, die dem sozialen Stande des Verletzten entspricht, zu sanieren. Sie tritt also nur ein, für die Wiederherstellung des Gebisses in den Zustand, der kurz vor der Verletzung bestand. Mehrleistungen, wie Schließung von Lücken, die mit dem Unfall nicht in ursächlichem Zusammenhang stehen, muß der Versicherte auf eigene Rechnung nehmen.

Unter rein zahnärztlichen Gesichtspunkten betrachtet, ist die erstgenannte Linie ideal. Auch mein Lehrer an der Universität Frankfurt, Professor Dr. Fritsch, vertritt die erste Ansicht.

Wenn auch das soziale Empfinden für einen Verletzten in der Beurteilung eine große Rolle spielen soll, so kann ich rein rechtlich gesehen, diesem nicht beipflichten und zwar aus folgenden Gründen:

Die Berufsgenossenschaft hat die Aufgabe, Unfallschäden zu beseitigen. Sie kann also m. E. nicht verurteilt werden, für Dinge aufzukommen, die nicht in ihren Verpflichtungen liegen. Folglich hat sie auch nicht aufzukommen für Zahnersatz, der nicht durch einen Unfall notwendig geworden ist. Hierfür sind andere Instanzen da.

Der Zweck des Zahnersatzes ist, die Erleichterung, die Abschwächung bezw. die Beseitigung der Folgen des Zahnverlustes. Es ist selbstverständlich, daß die Art des Ersatzes diese Faktoren weitgehend beeinflußt. Man könnte nun der irrigen Auffassung beipflichten, daß dann immer der bestmöglichste Ersatz von der Berufsgenossenschaft zu genehmigen sei, das hieße: Läßt sich eine Brücke anfertigen, so muß sie von der Berufsgenossenschaft genehmigt werden. Ich sehe aus sozialem Empfinden heraus hierin eine Ungerechtigkeit. Zunächst weiß jeder aus

der eigenen Praxis, daß zwar oft die ideale Möglichkeit in Bezug auf Beschaffenheit und Sitz der Pfeiler zur Anfertigung einer Brücke gegeben ist, daß aber der Allgemeinzustand des Mundes, wie schlecht gepflegte Zähne, Unsauberkeit, Schmutzgingivitiden und dergl. eine Brückenanfertigung nur mit berechtigten Bedenken zulassen. Es ist in den meisten Fällen nicht anzunehmen, daß nach Einsetzen des Ersatzes der Verletzte plötzlich eine tadellose Mundpflege aufweisen wird.

Die gesamte Sozialversicherung geht von dem Grundgedanken aus, besonders den Schichten, die minderbemittelt sind, die Möglichkeit kostenloser Behandlung zu geben, weil sie diese aus eigener Tasche nicht bezahlen können. Der Gesetzgeber lehnt deshalb ab, sie besser zu stellen als gutsituierte Kreise, die sich oft zu einem Ersatz entschließen, der nicht der beste ist, obwohl die Mittel hierzu vorhanden wären.

Es darf auch nicht vergessen werden, daß die Mittel, die die Berufsgenossenschaft aufzubringen hat, einzig und allein von den Arbeitgebern stammen ohne Beteiligung der Arbeitnehmer, also der Versicherten. Der Gesetzgeber hat aber beider Interessen zu schützen.

Ganz zu verwerfen ist die Begutachtung und Gutheißung eines teuren Ersatzes aus Gründen erhöhten Gelderwerbs. Ich habe auf Grund ausreichenden Aktenmaterials fsstellen können, daß mit Kautschukersatz sehr sparsam umgegangen wurde. Ich kenne zwar die Mundverhältnisse der Verletzten nicht, sondern mußte mich mit den aktenmäßigen Angaben begnügen. Feststellen konnte ich aber allzu häufig, daß eine skelettierte Prothese „unumgänglich notwendig" war. Mein während der Anfertigung dieser Arbeit verstorbener Chef, Professor Dr. O. Loos, teilte diesen Standpunkt mit mir.

Ich habe im Vorhergehenden den einfachen Zahnverlust hinsichtlich seiner Beurteilung als Erwerbsbeschränkung besprochen. In den meisten Fällen ist durch die Herstellung des geeigneten Ersatzes die Erwerbsfähigkeit 100%ig geworden. Schwieriger liegen die Fälle bei größeren Verletzungen, weil hier nicht allein die Verletzungen selbst, sondern auch die daraus entstehenden Komplikationen zu beurteilen sind.

Hierbei ist die Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Folgen nicht immer leicht zu klären.

Folgender Fall ist interessant in der Beurteilung der Zusammenhangsfrage zwischen Unfall und Erkrankung. Ich entnehme ihn einem Urteil des Reichsversicherungsamts, der höchsten Spruchinstanz. Aktenzeichen: RVA. 26. XI. 1930 1 a 4337/29/12. Ein Bergmann will sich mit einer Grubenlampe, die er im Munde trug, gegen das Kinn geschlagen haben. Neun Monate später stellt er Entschädigungsansprüche, da sich ein Sarkom am Unterkiefer entwickelt hatte. Ihm ist der Mann 14 Monate nach dem Unfall erlegen. Das RVA. hat die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft abgelehnt, weil es sich einem Obergutachten anschließt, in dem es heißt:

„Es besteht kein Zweifel, daß die Frage der traumatischen Sarkomentstehung außerordentlich strittig ist und daß nicht im geringsten ein wissenschaftlicher Beweis für einen derartigen Zusammenhang geführt

ist. Alle Einzelfälle aus der menschlichen Pathologie sind zum mindesten mehrdeutig und im Tierversuch ist es noch niemals gelungen, durch einmalige Gewalteinwirkung, gleichviel, wie sie beschaffen sein möge, irgend ein Gewächs hervorzurufen. Deshalb muß man in jedem einzelnen Fall bestimmte Richtlinien anwenden, um zu einem Ergebnis zu kommen. Es ergibt sich, daß bereits 3 Monate nach dem Unfall eine Gewächsbildung vorhanden war, die den Knochen in erheblicher Weise zerstört hatte. Es fragt sich nun, ob eine Wahrscheinlichkeit dafür besteht, daß sich innerhalb von 3 bis 4 Monaten ein Sarkom, von der Beschaffenheit, wie es später gefunden worden ist, bilden konnte, bis zur Größe einer Walnuß. Nun ergibt sich aus dem mikroskopischen Befund, daß es sich um ein Spindelzellensarkom von ziemlich starker Ausreifung gehandelt hat, das selbst noch z. Zt. des Todes, also ein-einviertel Jahr nach dem Unfall, 10—11 Monate nach der ersten Feststellung des Gewächses ziemlich reichlich leimbildende Zwischensubstanz enthielt, geringe Vielgestaltigkeit der Zellen und wenig Kernteilungsfiguren zeigte. Daraus ergibt sich, daß ein durchaus langsam wachsendes Sarkom vorgelegen hat, das sicherlich in seiner ersten Entwicklung noch sehr viel schleichender gewachsen sein muß, als zu einer Zeit, wo bereits die Widerstände des Körpers so gut wie vollkommen gebrochen waren. Es ist daher die Wahrscheinlichkeit, daß das Sarkom erst nach und infolge des Unfalls entstanden ist, eine äußerst geringe. In allen Fällen, denen man eine gewisse Wahrscheinlichkeit für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Sarkombildung und einmaliger Gewalteinwirkung zubilligen darf, hat der Zeitraum mindestens Monate betragen. Bei einem langsam wachsenden, ausgereiften Sarkom mit deutlicher faseriger Zwischensubstanz ist das Wachstum aber sicher ein viel langsameres. Man hat versucht, einen objektiv brauchbaren Maßstab über die Entwicklungsdauer von Gewächsen dadurch zu finden, daß man den Zeitraum feststellt, der zwischen der scheinbar vollständigen Entfernung des Gewächses und seiner Wiederkehr (Recidiv) verstrich, feststellt. Aber hierbei hat man übersehen, daß es sich bei den Recidiven um das Weiterwachsen fertiger Gewächszellen handelt, die bei der Operation zurückgelassen wurden, während bei der ersten Entstehung eines Gewächses die Zeit in Frage kommt, die verstreicht, für die Umbildung einer normalen Zelle zu einer Gewächszelle und darüber wissen wir eigentlich auffallend wenig, und können nur Vergleiche von der experimentellen Pathologie herleiten, die aber natürlich nicht ohne weiteres zu verwenden sind, wobei aber immer nur das eine herauskommt, daß ein sehr erheblicher Zeitraum verstreicht, bis nach Einwirkung verschiedenster Art eine Krebs- oder Sarkombildung entsteht. Aber auch, wenn man den Vergleich mit der Zeit der Entstehung von Sarkomrecidiven anerkennen wollte, würde man zu dem Ergebnis kommen müssen, daß bei der besonderen Art des vorliegenden Gewächses die Entstehung innerhalb von 3 Monaten äußerst unwahrscheinlich ist. Denn gerade die faserbildenden Sarkome machen überhaupt nur selten Recidive, und wenn sie es tun, dauert es oft zahlreiche Monate, bis es auch nur zur Bildung eines halbkirschkerngroßen Ge-

wächses kommt. Es kommt lediglich noch die Frage in Betracht, ob durch den Unfall eine wesentliche Beschleunigung im Wachstum des Sarkoms erfolgt ist. Für einen beschleunigenden Einfluß kann man anführen, daß der Zeitraum zwischen dem deutlichen Hervortreten des Gewächses und dem Eintritt des Todes ein verhältnismäßig kurzer ist und jedenfalls etwas mehr unter der Durchschnittsdauer von Kiefersarkomen liegt. Auch ist eine Vergrößerung von Walnußgröße bis zu über Gänseeigröße innerhalb etwas über 3/4 Jahre als beträchtlich zu bezeichnen. Dagegen kann lediglich angeführt werden, daß der gewebliche Aufbau des Sarkoms gar keine Anzeichen eines überstürzten Wachstums aufweist.

Ich komme zu folgenden Ergebnissen:

1. Es ist in hohem Maße wahrscheinlich, daß das Sarkom bei dem Verletzten schon bestand, als er den Unfall erlitt.

2. Es ist zwar der Verlauf des Sarkoms etwas rascher gewesen, aber es ist doch nicht überzeugend wahrscheinlich, daß durch die Gewalteinwirkung eine wesentliche Beschleunigung des Wachstums stattgefunden hat, zumal die mikroskopische Untersuchung des Gewächses weder Anzeichen für überstürztes Wachstum, noch für eine irgendwie erhebliche Schädigung des Gewächses selbst ergeben hat".

Das vorliegende Gutachten zeigt, daß das Arbeitsgebiet des Zahnarztes erheblich überschritten wurde.

Es ist besser für alle Parteien, wenn man frühzeitig die Berufsgenossenschaft unterrichtet, daß ein Fall zur völligen Klärung eines weiteren Spezialgutachtens bedarf, als daß man sein spezielles Gebiet überschreitet und naturgemäß hierin nicht die erforderlichen Erfahrungen und Kenntnisse besitzt. Die Außerachtlassung dieser Regel führt letzten Endes doch nur zu unliebsamen Streitigkeiten in dem Gutachten, die an dieser Stelle unterbleiben müssen, da sie dem Verletzten nicht dienlich sind. Wie das vorgenannte Gutachten zeigt, mußte zweifellos der Pathologe gehört werden.

Leider zeigt die Praxis allzu oft, daß dieser von uns Zahnärzten vertretene Standpunkt der notwendigen Ueberweisung an einen Spezialisten bei Kieferverletzngen von anderen nicht eingehalten wird. Die Folge hiervon ist, daß eine Verschleppung in dem Heilverfahren eintritt, und oft eine Therapie eingeschlagen wird, die vielleicht nicht geeignet ist, das Höchstmaß des zu erreichenden Zustands herbeizuführen.

Das RVA. hat von jeher größten Wert auf die *sachgemäße Frühbehandlung* gelegt.

Gerade bei ernsten Kieferverletzungen hat sich gezeigt, daß die umgehende Spezialbehandlung, also nur durch einen Zahnarzt, zu den gewünschten Erfolgen geführt hat, während die allgemeinchirurgische Behandlung diese Erfolge nicht aufzuweisen vermag.

Die Zahnheilkunde befindet sich auf einem sehr hohen Stand bezgl. der therapeutischen Maßnahmen bei Kieferverletzungen, besonders bei Kieferbrüchen. Es ist erklärlich, daß gerade der Zahnarzt auf dem Gebiete der Anlegung von Schienen die weitaus größte Erfahrung besitzt. Weshalb sollte er nicht dazu berufen sein, seine Fachkenntnisse in den

Dienst der Sache stellen zu können? Die Praxis zeigt, daß durch kunstgerechtes Schienen selbst schwerste Kieferverletzungen, vorausgesetzt, daß dieses in unmittelbarem Anschluß an den Unfall geschehen ist, ohne erhebliche Dauerfolgen des Unfalls geheilt wurden. Wenn nicht der gewünschte Erfolg durch zahnärztliche Maßnahmen eingetreten ist, so liegt dies meist daran, daß die zahnärztliche Frühbehandlung verabsäumt wurde und der Verletzte erst in dem Zustand in zahnärztliche Behandlung geschickt wurde, in dem die Kallusbildung bereits begonnen hatte. Eine völlige Artikulations- und Funktions-Wiederherstellung ist dann in den meisten Fällen nicht mehr möglich. Der Unfallverletzte trägt dann einen Dauerschaden davon und der Berufsgenossenschaft entstehen, abgesehen von dem moralischen Minus, erhebliche Kosten durch Zahlung von Renten. Selbst wenn durch eine weitere Operation die Wiedertrennung und Zusammenfügung der Knochen vorgenommen wird, kann, aber auch nicht in allen Fällen, eine bessere Heilung erzielt werden. Diese Maßnahme bedarf aber der Zustimmung des Verletzten, der, wie eingangs erwähnt, einer Operationsduldungspflicht nicht unterliegt. Entstehen im weiteren durch schlechte Kauverhältnisse andere körperliche Beschwerden, wie Magen- und Darmkrankheiten, so ist die Berufsgenossenschaft ebenfalls verpflichtet, die hieraus entstehende Erwerbsbeschränkung durch eine Rente auszugleichen. Allein an den Folgen einer nicht sachgemäß durchgeführten Kieferbruchbehandlung läßt sich die bedeutsame Stellung des Zahnarztes in der reichsgesetzlichen Unfallversicherung ablesen.

Aber nicht nur bei traumatischen Verletzungen der Kiefer und des Mundes sollte der Zahnarzt zu Rate gezogen werden. Eine Reihe anderer Erkrankungen gehören in das Reich des Zahnarztes als Gutachter und Helfer. Ich komme somit zu den ebenfalls von den Berufsgenossenschaften zu entschädigenden B e r u f s k r a n k h e i t e n.

Der Ausbau der Sozialversicherung hat dazu geführt, gewisse Berufskrankheiten zu entschädigen.

Zu Beginn der Arbeit habe ich die bis heute unter den Begriff „Berufskrankheiten" fallenden Erkrankungen aufgezählt. Im folgenden Teil soll ein kurzes Wort über die Berufskrankheiten gesagt werden.

Man hat versucht, den Begriff „Berufskrankheit" unter den Begriff „Unfall" zu bringen. Folgender interessanter Versuch Lewins mag zeigen, wie dies geschehen sollte:

„Wenn ein Arbeiter in Bleibetrieben arbeitet, so bekommt er bei Zuführung kleiner Bleimengen nicht sofort eine Bleivergiftung, vielmehr hat der Körper das Bestreben, das ihm zugeführte Blei wieder auszuscheiden. Schließlich kann er dies nicht mehr in genügender Menge und eine Kleinigkeit genügt zu Erkrankung. Wenn man in einen Eimer Wasser gießt, so wird ein Augenblick kommen, in dem ein Tropfen Wasser den Eimer zum Ueberlaufen bringt. Der eine Tropfen verursacht das Ueberlaufen, das eine Atom Blei die Vergiftung. Die Aufnahme dieses Atoms Blei fällt aber in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum, sodaß die Bleivergiftung eintritt. Also ist sie ein Unfall. (Plötzlich

eingetretenes Ereignis). Nun kann man entgegnen, das dem Körper zugeführte Atom Blei genügt zur Erkrankung und zur Erwerbsunfähigkeit nicht, Voraussetzung ist vielmehr, daß das Atom Blei in einen Körper gelangt, der, um das Bild mit dem Wassereimer zu gebrauchen, bis zum Rand mit Bleitoxinen voll ist. Auch dem gegenüber wird gefolgert werden können: Wird der Patient, bevor er das Atom Blei seinem Körper einverleibt hat, dem Betriebe ferngehalten, so erkrankt er nicht. Folglich ist lediglich das letzte Atom Blei die Ursache der Erkrankung und da dieses in verhältnismäßig kurzer Zeit in den Körper gelangt ist, liegt ein Unfall vor. Man könnte weiter sagen: Es genügt für den Nachweis eines Unfalls, daß das Ereignis, — also die Aufnahme des letzten Atoms Blei in den Körper — eines der an dem Schaden mitwirkenden ursächlichen Momente war, während die übrigen, die im Körper bereits befindlichen schädlichen Bleimengen waren. Genau so gut, wie es nur eines unbedeutenden Anstoßes bei bestehenden vorgeschrittenen Knochengeschwülsten, sogenannten Erweichungszysten, bedarf, um einen Knochenbruch herbeizuführen, wobei die gesamten Folgen zu entschädigen wären, genau so müßte im gedachten Falle durch Aufnahme des Bleiatoms eine entstehende Krankheit als Unfall gelten".

Wir sehen, daß mit Hilfe solcher Erläuterungen nur die eine oder andere Berufskrankheit unter dem Namen „Unfall" anzusprechen wäre. Das RVA. hat deshalb den Begriff weitergefaßt und eine beschränkte Anzahl von Gewerbekrankheiten anerkannt, bei denen der Begriff Unfall *nicht* gegeben zu sein braucht. Mit dem weiteren Ausbau der Sozialversicherung werden eine Reihe Krankheiten die Liste der Berufskrankheiten vervollständigen.

Der Begriff „Gewerbekrankheit" fußt auf dem Begriff der chronischen Reizwirkung.

Meier schreibt in seinem Handbuch der Zahnärztlichen Rechtskunde: „Unter Gewerbekrankheiten sind Krankheiten zu verstehen, die hauptsächlich durch gewisse, mit dem Betrieb eines bestimmten Gewerbes verbundene Schädlichkeiten hervorgerufen und unterhalten werden".

Die zahnärztliche Tätigkeit erstreckt sich bei den Berufskrankheiten in zweifacher Hinsicht. Erstens in der Beurteilung der daraus entstehenden Schäden und ihre Beseitigung an dem Betroffenen selbst. Zweitens in der Mitwirkung bei der Schaffung gesetzlicher Bestimmungen zur Herabminderung der Gefahrziffer.

Leider wird die oft notwendige Beurteilung der Arbeitsverhältnisse, besonders in Betrieben, in denen Blei, Säuren, Mehl-, Zucker- und Zementstaub verarbeitet wird, nur durch Kreisärzte und Gewerbeaufsichtsbeamte ausgeübt. Es liegt in der Natur der Sache, daß durch Einbeziehung der Zahnärzte ein wesentlicher Fortschritt auf dem Gebiet der Sozialen Gesetzgebung zu schaffen wäre. Man fußt immer noch zu sehr auf der Einstellung, daß Mund und übriger Körper wenig Gemeinsames hätten. In Wirklichkeit liegen die Verhältnisse doch so, daß beide in innigstem Zusammenhang miteinander stehen und daß viele Er-

krankungen der Mundhöhle sekundäre Erscheinungen, oft schwerster Art, am ganzen Körper hervorrufen, wie auch umgekehrt.

Daß die Zahnheilkunde seither als Stiefkind in der sozialen Gesetzgebung behandelt wurde, geht eindeutig aus der Tatsache hervor, daß man die Einwirkung von Mehl- und Zuckerstaub auf das Gebiß bei der Aufstellung der zu entschädigenden Berufskrankheiten nicht berücksichtigt hat. Immer wieder hört man bei Aufrollung dieser Frage, daß nur kariesanfällige Individuen einen wesentlichen Schaden davon trügen. Das darf bei der Einbeziehung bezw. Nichteinbeziehung der Gewerbekrankheiten keine Rolle spielen.

Wir wollen zufrieden sein, wenn wir für alle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überhaupt Beschäftigung haben. Eine Berufsauswahl in so weitgehender Hinsicht zu treffen, kann nicht durchgeführt werden. Folglich müssen auch diejenigen den Schutz der sozialen Gesetzgebung finden, die trotz einer gewissen Bereitschaft für Berufserkrankungen unter ungünstigen Bedingungen arbeiten müssen.

Ohne Zweifel versucht man, mit allen möglichen technischen Mitteln die Einwirkung schädlicher Körpergifte zu verhindern. Die gesetzlichen Bestimmungen, die sogenannten Unfallverhütungsvorschriften, haben unendlich viel Gutes erreicht. Jeder Betrieb, der der Unfallversicherung angegliedert ist, wird in kurzen Abständen durch technische Aufsichtsbeamte, die die Berufsgenossenschaft entsendet, eingehend untersucht, um evtl. Mißstände zu beseitigen.

Aber all das genügt bei weitem nicht, um die vorkommenden Berufserkrankungen auf ein Minimum herabzusetzen.

Was die zahnärztliche Tätigkeit anbetrifft, könnte und müßte eine stetige Ueberwachung der gesamten Arbeiterschaft durch geschulte Zahnärzte stattfinden.

Durch Vorträge, Schaffung von Möglichkeiten zur rationellen Mundpflege und in kurzen Zeitabschnitten wiederkehrende Untersuchungen und Sanierung der Zähne könnte ein weiterer Baustein zur Vollendung des schönen Baues „Sozialversicherung" gesetzt werden.

Zusammenfassung.

Die vorliegende Arbeit hatte den Zweck, dem Zahnarzt, der sich als Gutachter betätigt, einen Überblick über die Dinge zu verschaffen, die er als Gutachter wissen muß. Deshalb wurden zu Beginn der Arbeit die bis jetzt erlassenen Verordnungen und Gesetze behandelt, deren Kenntnis erforderlich.

Der zweite Teil der Dissertation beschäftigt sich hauptsächlich mit der Stellung des Zahnarztes als Gutachter in der reichsgesetzlichen

Unfallversicherung. Hierbei wurde eingehend die Abfassung eines zahnärztlichen Gutachtens besprochen unter besonderer Berücksichtigung der Erwerbsverminderung durch funktionellen Zahnersatz.

Im weiteren wurden die Richtlinien der Berufsgenossenschaften betr. Gewährung von Zahnersatz einer kritischen Prüfung unterzogen.

Am Schlusse der Arbeit wurden die „Berufskrankheiten", soweit sie den Zahnarzt angehen, behandelt, wobei die Begriffe „Unfall" und „Berufskrankheit" klar dargestellt wurden.

Literatur-Verzeichnis

Abkommen des Verbandes der Deutschen Berufsgenossenschaften mit dem Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmannsbund) und dem Deutschen Aerztevereinsbund.

Dr. Oskar Amoedo: Die Zahnheilkunde in der gerichtlichen Medizin.

H. Liniger und G. Molineus: Der Unfallmann.

Liniger, Fischer, Weichbrod: Handbuch der Aerztlichen Begutachtung.

Dr. L. Meier: Handbuch der zahnärztlichen Rechtskunde.

Dr. jur. G. Moch: Das Beitragswesen der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Dr. Paul Rostock: Unfallbegutachtung.

— „ —: Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes über den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankungen.

Die Reichsversicherungsordnung.

Wilh. Schloßmacher: Die Berufsgenossenschaft.

Aktenmaterial folgender Berufsgenossenschaften:

Knappschaftsberufsgenossenschaft Sektion 2 Bochum.

Steinbruchsberufsgenossenschaft Sektion 2 Karlsruhe.

Berufsgenossenschaft der Chemischen Industrie in Frankfurt a. M.

Buchdruckerberufsgenossenschaft, Frankfurt a. M.

Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft in Oberhausen i. Rheinland.

Nahrungsmittel-Berufsgenossenschaft, Mannheim.

Lebenslauf

Am 24. Dezember 1910 wurde ich als Sohn des Direktors in der Sozialversicherung Karl Heinrich Scheu und seiner Ehefrau Frieda geb. Plengorth zu Gonsenheim bei Mainz geboren. Nach Absolvierung der Oberrealschule zu Mainz, an der ich 1931 mein Abitur bestand, bezog ich die Universität Gießen, um Jura zu studieren, da ich die Laufbahn meines Vaters einzuschlagen gedachte. Schon nach einem Semester wechselte ich das Studium und wandte mich dem der Zahnheilkunde zu. In Frankfurt bestand ich dann zur vorgeschriebenen Zeit das zahnmedizinische Vor- und Staatsexamen. Seit meiner Approbation im November 1935 war ich ununterbrochen tätig, zunächst als Volontärassistent an der Frankfurter Universitäts-Klinik, der Stiftung Carolinum (Poliklinische Abteilung), dann als Vertreter und ab Februar dieses Jahres als Assistent bei Herrn Dr. Kulemeier in Offenbach a. M. Mit Erhalt der Kassenzulassung gedenke ich mich in Mitteldeutschland als Zahnarzt niederzulassen.

Willi Scheu.